

# **INSTRUCCIONES POR ANTICIPADO**

*El derecho a tomar  
decisiones en cuanto a la  
asistencia médica*



El Saint Peter's University Hospital le facilita este folleto donde se le explica los derechos que Ud. tiene de decidir sobre su atención médica según la ley de Nueva Jersey. Le indican como hacer planes por adelantado sobre su atención médica si Ud. no se encuentra en condiciones de tomar decisiones por sí mismo.

Tiene el derecho a:

- hacer preguntas sobre cómo lo van a atender
- entender completamente su afección médica
- aceptar o rehusarse a recibir cualquier tipo de tratamiento
- tomar decisiones futuras al completar Instrucciones por Adelantado (Advance Directive)

Las Instrucciones por Adelantado le permite decidir quien tomará las decisiones por usted y especifica las decisiones sobre su atención médica.

- Las Instrucciones por Adelantado no estarán en vigor a menos que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo sobre su atención.
- Puede cambiar de parecer con respecto a cualquiera de sus decisiones, en cualquier momento.

Puede expresar su decisión de varias formas:

Las **Instrucciones por Poder** (Proxy Directive) le permite que elija a un pariente o a un amigo para que tome las decisiones sobre la atención médica para usted.

Las **Instrucciones por Adelantado** (Advance Directive) le permite expresar que tipo de tratamiento médico aceptaría o rechazaría en ciertas situaciones.

Las **Instrucciones Combinadas** (Combined Directive) le permite dar tanto instrucciones por escrito como elegir un representante para la atención médica.

El dedicarle un momento a la lectura completa de este folleto y a completar las Instrucciones por Adelantado, le ayudará a sus seres queridos y a sus médicos a hacer lo que usted piensa que es correcto para usted.

## ELIJA UNO

Adjuntos se encuentran dos tipos de formularios de instrucciones por adelantado. Cualquiera de los formularios es una forma aceptable para dejar constancia de sus decisiones o puede completar otros formularios que estén a disposición.

1. Las Instrucciones por Adelantado preparadas por los Obispos Católicos de Nueva Jersey (Catholic Bishops of New Jersey) (pág. 3)
2. Las Instrucciones por Adelantado redactadas por la Sociedad Médica de Nueva Jersey (Medical Society of New Jersey) (pág.11)

Si desea más información o tiene preguntas sobre las Instrucciones por Adelantado (Advance Directives), por favor comuníquese con:

- Su trabajadora social o la Oficina de Asistencia Social para la Planificación de Dadas de Alta (Social Work Discharge Planning Office) en el 745-8522
- Su capellán o con la Oficina de Bienestar Pastoral en el 745-8565
- Su enfermera



# **INSTRUCCIONES POR ADELANTADO**

---

*Una perspectiva Católica*

*Aprobada por los Obispos Católicos de  
de Nueva Jersey - 12/98*



# INSTRUCCIONES POR ADELANTADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA: UNA PERSPECTIVA CATÓLICA

## EXPLICACIÓN

Los Obispos Católicos de Nueva Jersey han preparado las siguientes Instrucciones por Adelantado para la Atención Médica. El nombramiento de un representante para la atención médica (poder) y las instrucciones por adelantado están combinadas en un formulario. La ley de Instrucciones por Adelantado de Nueva Jersey para la Atención Médica (The New Jersey Advance Directives for Health Care Act) se puso en vigor el 7 de enero de 1992. Esta ley le permite a los adultos que completen las instrucciones por adelantado. Puede elegir, ya sea, un representante para la atención médica (poder) o dar instrucciones sobre sus deseos o decisiones con respecto a la atención médica, o ambas. No es una ley que indica que usted debe tener instrucciones por adelantado. No pueden rehusarse a internarlo en ninguna dependencia médica porque no tenga instrucciones por adelantado.

Antes de completar las instrucciones por adelantado, es importante que considere lo siguiente:

- Debería hablar sobre sus decisiones con toda su familia. Su familia puede incluir a su esposa, sus hijos adultos, sus padres, sus hermanos y hermanas.
- Debería hablar con su médico sobre las opciones de atención médica.
- Su representante para la atención médica (poder) debería conocerlo a usted y saber cuales son sus deseos sobre los tratamientos médicos. Su representante para la atención médica tiene el derecho legal de tomar decisiones sobre la atención médica basado en las instrucciones por adelantado cuando usted no pueda tomar decisiones.
- No necesita un abogado para completar las instrucciones por adelantado. Puede consultar uno si quiere.
- Tiene que revisar las instrucciones por adelantado, de vez en cuando, para asegurarse que sus deseos siguen siendo los mismos.
- Puede decidir cambiar las instrucciones por adelantado en cualquier momento.
- Si quiere cancelar las instrucciones por adelantado, póngalo por escrito o hable con su representante para la atención médica, su médico o su familia.
- Tiene el derecho de tomar decisiones sobre su tratamiento médico.

- No se le denegará atención médica sólo porque no puede tomar decisiones sobre tratamientos por sí mismo

## PASOS PARA COMPLETAR LAS INSTRUCCIONES POR ADELANTADO

### PRIMERA PARTE:

- Elija a una persona en quien Ud. confía como su representante para la atención médica(poder).
- Indíquelo a su representante para la atención médica(poder) que tome las decisiones sobre su atención médica según sus instrucciones o deseos para la atención médica cuando Ud. no pueda tomar estas decisiones por sí mismo.

### SEGUNDA PARTE:

- Dele instrucciones sobre sus deseos y decisiones para la atención médica a aquellos que estén encargados de atenderlo.
- Dígale al representante para la atención médica (poder), a un familiar o a un amigo que traiga al hospital una copia de este formulario cuando lo internen.

### TERCERA PARTE:

- Firme el formulario de instrucciones por adelantado en la presencia de dos testigos de 18 años de edad o mayores (no pueden actuar como testigos, su representante para la atención médica, su representante suplente para la atención médica o su médico).
- Los dos testigos tienen que firmar y escribir la fecha en el formulario.
- Dele copias de las instrucciones por adelantado a su representante para la atención médica (poder), a su médico y a miembros de su familia o a amigos que le parezca apropiados.
- Quédese con el original de este formulario.
- Traiga una copia de este formulario al hospital cuando vaya en busca de tratamiento médico.

# INSTRUCCIONES COMBINADAS POR ADELANTADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (Combinación de Poder e Instrucciones por Adelantado)

## DECLARACIÓN DE CREDO

Los católicos creen que la vida es un don otorgado por un Dios bondadoso. La vida es un don sagrado por el cual somos responsable pero que no nos pertenece. Creemos que ayudar a alguien a morir y el suicidio destruyen la vida humana y por lo tanto, nunca se permiten.

Como adulto que soy, tengo el derecho a tomar decisiones sobre mi atención médica. Como católico, nunca elegiré mi propia muerte como una meta o como un medio. Puede ser que llegue un momento en el cual no pueda expresar mis propias decisiones sobre la atención médica. Al escribir las instrucciones por adelantado, doy instrucciones y expreso mis deseos con respecto a mis decisiones futuras concernientes a mi atención médica. Estas instrucciones por adelantado para la atención médica estarán vigentes cuando no pueda expresar mis decisiones sobre la atención médica, según lo determine el médico que me atienda. Le ordeno a aquellos encargados de atenderme que tomen decisiones sobre mi atención médica de acuerdo con los deseos que he manifestado. Ordeno que estas instrucciones por adelantado se incluyan en mi historia clínica permanente.

### PRIMERA PARTE: NOMBRAMIENTO DE MI REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

#### A) He elegido la siguiente persona para que sea mi Representante para la Atención Médica.

Nombre y apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

El o ella será mi representante para la atención médica para tomar decisiones sobre mi atención médica cuando yo no pueda hablar por mí mismo. Si mis deseos no están claros o se suscitan circunstancias de las cuales no he hablado, solicito que mi representante para la atención médica tome decisiones basadas en lo que él o ella sabe de mis deseos.

He hablado con mi representante para la atención médica sobre esta responsabilidad. El o ella está de acuerdo, por voluntad propia, en aceptar este papel.

#### B) He elegido la(s) siguiente(s) persona(s) como mi Representante Suplente para la Atención Médica, si la persona que he elegido arriba no puede, no está dispuesto o no está a disposición para ser mi representante para la atención médica:

1. Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

O

2. Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

El o ella será mi representante para la atención médica para tomar decisiones sobre mi atención médica cuando yo no pueda hablar por mí mismo. Si mis deseos no están claros o se suscitan circunstancias de las cuales no he hablado, solicito que mi representante para la atención médica tome decisiones basadas en lo que él o ella sabe de mis deseos.

He hablado con mi representante suplente para la atención médica sobre esta responsabilidad. El o ella está de acuerdo en aceptar este papel, por voluntad propia.

## SEGUNDA PARTE: INSTRUCCIONES SOBRE LA DECISIÓN DE TRATAMIENTOS

En la SEGUNDA PARTE, se le pide que dé instrucciones sobre su atención médica futura. Esto significa tomar decisiones importantes y difíciles. Tiene que pensar y escribir sobre diferentes situaciones en las que diferentes tipos de tratamientos deberían o no suministrarse, inclusive métodos para mantenerlo vivo. Antes de terminar esta parte, debería hablar sobre esto con su representante para la atención médica, su médico, su sacerdote, su diácono, su esposo(a), miembros de su familia o aquellas personas que pueden llegar a estar encargados de atenderlo. Le sugerimos que, de vez en cuando, revise estas instrucciones con estas mismas personas para asegurarse que sus deseos continúan siendo los mismos.

Por favor, revise toda la SEGUNDA PARTE con detenimiento antes de completar el formulario

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Les indico a las personas encargadas de atenderme que lleven a cabo lo siguiente:

- Escriba sus iniciales en una de las siguientes declaraciones – ya sea , A o B.

\_\_\_\_\_ **A.** Ordeno que se me suministre todo tratamiento médico que se me indique y alimentos y agua (por medio de tubos si es necesario) para mantenerme vivo, independientemente de la condición física o mental en que me encuentre. (Pase por alto B & C)

O

\_\_\_\_\_ **B.** Si se suscita una condición médica seria y mi médico principal y por lo menos un segundo médico, el cual me ha examinado personalmente, deciden que un proceso irreversible ha comenzado que concluirá en mi muerte muy pronto, ordeno que **no** se me suministren tratamientos que sólo prolongarían mi muerte. Si estos tratamientos han comenzado, deberían discontinuarse. También quiero que se me proporcione toda la atención médica apropiada que sea necesaria para que no sufra dolor y para que me sienta cómodo. (Siga con el punto C)

C. Si me han diagnosticado que permaneceré en coma permanentemente o en un estado vegetativo persistente, después que me haya examinado mi médico principal y por lo menos un segundo médico que tenga la preparación necesaria para tomar esta decisión , **elija 1 o 2.**

\_\_\_\_\_ 1. Ordeno que se use atención médica **extraordinaria\***, como se da a entender en la doctrina de la Iglesia Católica, inclusive alimentos y agua (por medio de tubos si es necesario) independientemente de como esté de salud física y mental.

O

\_\_\_\_\_ 2. Ordeno que no se use atención médica **extraordinaria\***, como se da a entender en la doctrina de la Iglesia Católica. Ordeno que se continúe proporcionándome alimentos y agua (por medio de tubos si es necesario) a menos que o hasta que los beneficios de estos alimentos y esta agua representen claramente un peligro definitivo o una carga o que sean inútiles.

\* Se entiende como atención médica **extraordinaria** aquellos medicamentos, tratamientos u operaciones que puedan llegar a ser muy caros, causar un dolor excesivo u otras dificultades extremas o que no puedan ofrecer ninguna esperanza razonable de que puedan llegar a ser beneficiosos.

Los siguientes son ejemplos de las medidas extraordinarias que querría:

---



---



---



---

D. Si estoy **embarazada** y me diagnostican que permaneceré en coma permanente, en un estado vegetativo persistente o que el proceso de defunción ha comenzado y moriré pronto, ordeno que me proporcionen toda medida médica que se indique, alimentos y agua (por medio de tubos si es necesario) para mantenerme viva, sin tener en cuenta mi condición física o mental, si pudiera mantener vivo al feto hasta que nazca.

E. El estado de Nueva Jersey considera el cese irreversible de todas las funciones del cerebro, inclusive el tronco cerebral (también conocido como muerte cerebral completa) como un estándar legal para la declaración de defunción. En general, los médicos siguen este estándar. Sin embargo, si usted no puede aceptar este estándar debido a sus convicciones religiosas, puede solicitar que no se use para determinar su defunción al poner sus iniciales en la siguiente declaración:

Si se declara mi defunción basado en el cese irreversible de todas las funciones del cerebro, inclusive el tronco cerebral, se violarían mis convicciones religiosas. Por lo tanto, ordeno que mi defunción se declare , únicamente, basado en el criterio tradicional de cese irreversible de la función cardiopulmonar (el latido del corazón y la respiración)

F. Por favor escriba sus iniciales en una de las siguientes oraciones:

\_\_\_\_\_ Al fallecer, estoy dispuesto a donar cualquier parte de mi cuerpo que pueda llegar a beneficiar a otros.

\_\_\_\_\_ Al fallecer, **no** estoy dispuesto a donar cualquier parte de mi cuerpo que pueda llegar a beneficiar a otros.

### **TERCERA PARTE: FIRMAS, TESTIGOS Y COPIAS**

A. **Firma:** Al escribir estas instrucciones por adelantado, pido que las personas mencionadas para tomar decisiones sobre mi atención médica cuando ya no pueda tomar decisiones por mí mismo, ponga en vigor mis deseos, como los he expuesto. He hablado con mi representante para la atención médica sobre las condiciones de este acuerdo. El o ella está de acuerdo, por su propia voluntad, en aceptar la responsabilidad de tomar decisiones por mí, de acuerdo con estas instrucciones por adelantado. Entiendo el propósito y el efecto de este documento. Lo firmo voluntariamente y después de haberlo considerado detenidamente.

**Firmado en el día de hoy (mes, día, año)** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombre y apellido (escríbalo en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

B. **Testigos:** Declaro que la persona que firmó el documento de arriba, lo firmó en mi presencia y que parecía estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de coacción o intimidación para completar estas instrucciones por adelantado. Tengo 18 años de edad o más y ni en este ni en ningún otro documento estoy nombrado como el representante para la atención médica de esta persona.

1. Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escriba con letra de imprenta el nombre y el apellido del testigo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

2. Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escriba con letra de imprenta el nombre y el apellido del testigo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

C. **COPIAS:** Se le ha entregado una copia de estas instrucciones por adelantado a las siguientes personas: **(Es importante que le facilite una copia de este documento a su doctor, a su representante para la atención médica y a miembros apropiados de su familia o a amigos. Usted se queda con la original.)**

1. Nombre y apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

2. Nombre y apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

**DEBE DARLE UNA COPIA DE ESTAS INSTRUCCIONES A SU REPRESENTANTE PARA LA ATENCION MEDICA, A SU MEDICO Y A MIEMBROS APROPIADOS DE SU FAMILIA O A AMIGOS.**



# **INSTRUCCIONES POR ADELANTADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

---

*Creado y aprobado por la  
Sociedad Médica de  
Nueva Jersey*



## DIRECTIVA DE INSTRUCCIONES

La **Directiva de Instrucciones para la Atención Médica**, también conocida como **La No Prolongación de la Vida en Forma Artificial** (Living Will), es un documento por escrito, firmado por usted, en el cual usted decide que tipo de atención quiere si, por cualquier razón, no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo.

No necesita tener La No Prolongación de la Vida en Forma Artificial, pero el tenerla le evitará muchos problemas. Le permitirá saber de anticipado a su médico, a su familia y a amigos qué tipo de decisiones deberían tomarse si usted está discapacitado mental o físicamente y no puede decidir por sí mismo. Recibirá la atención médica que corresponda tenga o no las Instrucciones por Adelantado.

## INSTRUCCIONES POR PODER — PODER DURADERO PARA LA ATENCION MEDICA

Además de las de la Directiva de Instrucciones, le sugerimos que complete las **Instrucciones por Poder**, mediante las cuales Ud. nombra a un representante para la atención médica, por ejemplo, un miembro su familia, un amigo u otra persona que entienda su opinión y este dispuesto a tomar decisiones por Ud. en cuanto a aceptar, rehusar o cancelar un tratamiento si Ud. no puede hacerlo por sí mismo.

\* \* \*

Este documento de cuatro páginas incluye una lista de las definiciones y los dos tipos de Instrucciones por Adelantado que se mencionan arriba (juntas se llaman **Instrucciones Combinadas**). Algunas personas deciden solamente llenar uno de estos formularios. Le recomendamos que complete ambos.

Antes de llenar estos formularios, le sugerimos que hable con su médico, su familia, su representante para la atención médica u otras personas que puedan llegar a ser responsables de seguir sus deseos. Ni bien firme y le ponga la fecha a estos formularios ante dos testigos, cualquier persona que tenga que ver con lo que respecta a su atención médica, deberá seguir sus deseos; pero sólo en caso de que Ud. no sea capaz de tomar decisiones por sí mismo.

Después de que Ud. complete sus Instrucciones por Adelantado, le recomendamos que se quede con el original y que le dé copias al representante para la atención médica que haya nombrado, a su médico y a cualquier miembro de su familia, amigo íntimo o consejero que esté interesado en su salud y bienestar.

## TERMINOS QUE USTED DEBERIA ENTENDER

### A. Tratamiento para mantener a alguien vivo

1. *Resucitación cardiopulmonar (RCP)*. La RCP describe los procedimientos que se efectúan para reanudar el funcionamiento del corazón cuando deja de latir (“paro cardíaco”) y para suministrar respiración artificial cuando se deja de respirar (“paro respiratorio”). La RCP puede consistir de presión manual en el pecho y respiración boca a boca o en inflar los pulmones con aire mediante una bolsa de goma. En ciertos casos, puede ser que se inserte un tubo en la tráquea (intubación) para respiración mecánica.
2. *Ventilación o respiración mecánica*. Una máquina que se llama respirador o ventilador artificial puede encargarse de la respiración si los pulmones no pueden respirar suficientemente. Suministra oxígeno por un tubo que se inserta en la tráquea.
3. *Cirugía*. Un procedimiento que implica cortes en el cuerpo como tratamiento para un problema.
4. *Quimioterapia*. Quimioterapia es un tratamiento a base de drogas para el cáncer. Se usa para curar el cáncer o para disminuir el malestar que causa el cáncer inclusive si no lo cura.
5. *Radioterapia (RT)*. La radioterapia implica el uso de altos niveles de radiación para reducir o destruir un tumor.
6. *Diálisis*. Para la diálisis se requiere el uso de una máquina para limpiar la sangre cuando los riñones no pueden funcionar adecuadamente. Esto se puede lograr mediante tubos que se insertan en los vasos sanguíneos (hemodiálisis) o en el abdomen (diálisis peritoneal).
7. *Transfusión*. El término transfusión se refiere a dar cualquiera componente de la sangre en forma intravenosa.
8. *Suministro de alimentos y líquido artificialmente*. Este grupo de términos se refiere a darle de comer a pacientes que no pueden tragar alimentos o líquidos. Esto se puede hacer por medio de un tubo en una vena o el estómago. El tubo para la alimentación por el estómago se puede colocar por la nariz (tubo nasogástrico) o por el abdomen (tubo para gastrostomía).
9. *Antibióticos*. Los antibióticos son medicamentos que se usan para atacar infecciones. Se pueden suministrar en forma oral, intravenosa, intramuscular o por un tubo para alimentación.

### B. Atención de apoyo y para lograr comodidad (Atención paliativa)

La atención para lograr comodidad consiste de cualquier tratamiento para aumentar la comodidad física o emocional de una persona. La atención para la comodidad incluye control adecuado del dolor. Puede también incluir que le den oxígeno, alimentos y líquidos por vía oral, que le mojen los labios, que lo limpien, que lo den vuelta, que lo toquen o simplemente que alguien se siente a su lado si es que está postrado en una cama.

### C. Afecciones médicas

1. *Afección terminal*: Es la etapa final de una enfermedad, dolencia o afección fatal irreversible.
2. *Pérdida del conocimiento permanente*: Es una afección médica total e irreversible en la cual una persona no puede relacionarse con otras personas o con lo que lo rodea, de ninguna manera y en la cual una persona no siente placer o dolor.

# DIRECTIVA DE INSTRUCCIONES – (LA NO PROLONGACION DE LA VIDA EN FORMA ARTIFICIAL)

15

**Para mi familia, mis médicos y todos aquellos a los que les concierna mi atención:**

Yo, \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales, declaro esto como directiva para que se siga si por alguna razón no puedo participar en las decisiones con respecto a mi atención médica. (*Escriba sus iniciales en las que corresponda*)

A. \_\_\_\_\_ 1. Ordeno que se me niegue o se me discontinúen procedimientos para mantenerme vivo: a) si estoy inconsciente en forma permanente; b) si tengo una enfermedad terminal; c) si sufro de deterioración mental extrema; o d) si tengo algún otro tipo de enfermedad irreversible. No se podrá esperar, razonablemente, que me recupere de las afecciones mencionadas arriba o que tenga la posibilidad de volver a gozar una forma de vida que tenga sentido. El médico que me atienda y por lo menos un médico más, determinarán estas afecciones médicas. Tengo entendido que me mantendrán cómodo.

O \_\_\_\_\_ 2. Ordeno que se tomen todas las medidas que se deban tomar a nivel médico para mantenerme vivo sin tener en cuenta la condición física o mental en que me encuentre.

B. En esta sección se le pide que piense sobre los valores que son importantes para Ud, en cuanto a lo que concierne tratamiento en caso de una enfermedad física o mental seria.

\_\_\_\_\_ 1. No quiero que me prolonguen la vida con tratamiento(s) médico(s) si la calidad de vida que tengo no es aceptable para mí. Las siguientes condiciones **no** son aceptables para mí. (Ponga sus iniciales solamente en aquellas que describan un tipo de vida que Ud. no podría tolerar):

- \_\_\_\_\_ a) En las circunstancias descritas en A. 1., arriba, también ordeno que se me niegue y se me discontinúe el suministro artificial de alimentos y líquidos y me permitan morir.
- \_\_\_\_\_ b) Estar permanentemente inconsciente con un tubo para alimentación y/o hidratación intravenosa
- \_\_\_\_\_ c) Estar en un respirador cuando existe poca o ninguna posibilidad que me recupere
- \_\_\_\_\_ d) Estar consciente (despierto) pero sin poderme comunicar (por ejemplo, con un derrame cerebral) y alimentado por medio de un tubo y/o hidratándome en forma intravenosa para mantenerme vivo
- \_\_\_\_\_ e) Vivir con demencia como con la enfermedad de Alzheimer, tan seria, que no pueda reconocer a las personas que quiero

O \_\_\_\_\_ 2. Quiero vivir tanto como pueda, sin tener en consideración la calidad de vida que tenga.

C. Si decide A. 1., arriba, los procedimientos para mantenerlo vivo que podrían negársele o discontinuársele incluyen, pero no se limitan a: RCP (respiración cardiopulmonar), respiración mecánica, cirugía, quimioterapia, radiación, diálisis, transfusión y antibióticos. Ponga sus iniciales en lo siguiente si le es pertinente (refiérase a "Términos que debería entender").

\_\_\_\_\_ En las circunstancias descritas en A. 1., arriba, también ordeno que se me niegue y se me discontinúe el suministro artificial de alimentos y líquidos y me permitan morir.

D. \_\_\_\_\_ Al fallecer, estoy dispuesto a donar cualquier parte de mi cuerpo que le pueda ser útil a otros.  
Comentarios extras o excepciones :

Estas instrucciones expresan mi derecho legal de solicitar o rehusarme a recibir tratamiento. Por lo tanto, espero que mi familia, mi médico y todos aquellos que estén encargados de atenderme se encuentren obligados moral y legalmente a actuar de acuerdo con mis deseos.

**Firmado** \_\_\_\_\_

**Testigos** (no puede ser ni el representante para la atención médica ni el representante suplente si es que se los nombra en la otra cara de la página). Declaro que la persona que firmó este documento o que le pidió a otra persona que firmara este documento en su nombre, lo firmó ante mí y que parecía estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de coacción o intimidación.

**Testigo** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Testigo** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Nota: Dele una copia de este documento a su médico, a su representante para la atención médica y a cualquier otro individuo que le incumba**

Escrito y aprobado por la Sociedad Médica de Nueva Jersey (Medical Society of New Jersey) 7/95.

## PODER DURABLE PARA LA ATENCION MEDICA (INSTRUCCIONES POR PODER)

*Si desea puede usar esta sección para nombrar a alguien para que tome decisiones sobre tratamientos si Ud. no puede hacerlo. Su declaración de No Prolongación de la Vida en Forma Artificial (Living Will) estará en vigor, incluso si no ha nombrado a un poder.*

**Yo,** \_\_\_\_\_, nombro a la siguiente persona como mi representante para la atención médica para que tome todas las decisiones sobre mi atención médica por mí y actúe en la manera que me beneficie mejor, en caso de que no pueda tomar decisiones por mí mismo.

Nombre y apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si la persona que he nombrado arriba no puede actuar como mi representante para la atención médica, por la presente, nombro a la(s) siguiente(s) persona(s) para que lo haga(n):

1. Nombre y apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

2. Nombre y apellido \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES ESPECIFICAS: Por favor ponga sus iniciales en la declaración que mejor exprese sus deseos**

\_\_\_\_\_ Mi representante para la atención médica está autorizado para ordenar que se me niegue o discontinúe líquidos o alimentos que se me suministren artificialmente, tales como tubos para la alimentación o infusiones intravenosas.

\_\_\_\_\_ Mi representante para la atención médica no está autorizado y ordeno que se me suministre líquidos y alimentos artificialmente para mantenerme vivo hasta que desde el punto de vista médico, sea apropiado.

**Firmado** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Testigos** (no puede ser ni el representante para la atención médica ni el representante suplente que se mencionan arriba). Declaro que la persona que firmó este documento o que le pidió a otra persona que firmara este documento en su nombre, lo firmó ante mí y que parecía estar en pleno uso de sus facultades mentales y libre de coacción o intimidación.

**Testigo** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Testigo** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Nota: Dele una copia de este documento a su médico, a su representante para la atención médica y a cualquier otro individuo que le incumba**



254 Easton Avenue  
New Brunswick, N.J. 08901